Departamento de Salud del Condado de Fresno – Programa de Vacunas
Formulario de Registración y Consentimiento

Información del Paciente

CAIR# _____

Apellido _____ Nombre _____ Numero de Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo (M/F) _____ Nombre de la mama _____

Domicilio _____ Apto # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Origen Étnico
- □ Hispano
- □ No-Hispano
- □ Desconocido

Raza
- □ Asiático
- □ Afroamericano
- □ Blanco
- □ Otro _____
- □ Nativo de Alaska
- □ Indio Americano
- □ Nativo de Hawái
- □ Isleño del Pacifico

Idioma
- □ Ingles
- □ Español
- □ Hmong
- □ Otro_____

Persona Responsable del Menor

□ Igual que el/la paciente

Nombre del Padre/Madre o Guardian Legal _____

Relación con el Paciente _____

□ Los documentos válidos de tutela an sido entregados al personal de la clínica

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información del Doctor de Cabecera

Nombre de la Clínica Primaria _____ Numero de teléfono _____

Nombre del Doctor de Cabecera _____

¿Por qué necesita las vacunas? (seleccione una o todas las opciones que corresponden)

□ Vacunación de Rutina □ Vacunación atrasada □ Vacunas Requeridas para la escuela/trabajo

□ Vacunación relacionada con viajes □ Vacunas Requeridas para Inmigración

Información Sobre Elegibilidad y Seguro Medico

Si es elegible para el programa de VFC / 317 y no puede pagar los servicios hoy, NO se lo rechazará. Por favor pregunte al/la recepcionista en la ventana.

Seguro Privado (Niños y Adultos)

El Programa de Inmunización no cuenta con la habilidad para facturar al seguro privado. Si su hijo está cubierto por un seguro privado, es posible que deba pagar de su bolsillo.

☐ Seguro privado
(Nota: Las dosis pediátricas privadas generalmente se limitan a: Tdap, Varicela, MMR y Polio; consulte con el personal de la clínica para confirmar la disponibilidad).

Elegibilidad para el programa de Vacunas Para Niños (VFC) (niños menores de 18 años)

Las siguientes declaraciones nos ayudaran a determinar si su hijo/a puede recibir vacunas a través del Programa de Vacunas para Niños (VFC). Marque la categoría correspondiente para el niño que recibirá la vacuna:

☐ 1. Tiene Medi-Cal o el Programa de Salud y Discapacidad Infantil (CHDP)

☐ 2. El niño no tiene seguro (no tiene seguro médico privado)

☐ 3. El niño es Indio Americano o Nativo de Alaska

Elegibilidad del Programa 317 (adultos mayores de 19 años)

Las siguientes declaraciones nos ayudarán a determinar si puede recibir vacunas a través del programa estatal 317.

Marque la categoría correspondiente para la persona que va a recibir la vacuna:

☐ 1. La persona no está asegurada (no tiene seguro médico privado)

☐ 2. La persona tiene seguro limitado, el paciente tiene seguro médico, pero:
- No cubre vacunas
- No cubre ciertas vacunas o
- Cubre vacunas con un límite de dólares fijo que se ha alcanzado

For Office Use Only

Consentimiento Para Ser Vacunado

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en las Declaraciones de Información Sobre Vacunas o las Declaraciones de Información Importante Correspondientes Sobre las Enfermedades y Vacunas que se indican a continuación. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicadas a continuación se me administren a mí o al niño/adulto mencionado anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Escriba Nombre Completo _____ Firma _____ Fecha _____

□ DTaP	□ Hep A	□ Hep B	□ Hib	□ HPV	□ Influenza
□ MenACWY	□ Meningitis B (Bexero)	□ MMR	□ PCV13	□ PPSV23	□ Polio
□ Rotavirus	□ Shingles (Shingrix)	□ Tdap	□ Typhoid	□ Varicella	□ PPD

Typo de Seguro Medico

☐ Medi-Cal	☐ Anthem Blue Cross (Managed Care)	☐ Health Net/Cal-Viva (Managed Care)
☐ Seguro Privado	☐ No tiene Seguro medico	☐ Seguro medico limitado (no cubre vacunas)

Public Health Use Only

Vaccine Type

☐ VFC ☐ 317 ☐ State ☐ Private

Form of Payment

☐ Medical ☐ Cash ☐ Check ☐ FR ☐ W ☐ CC